

Antrag auf Altersrente

Mitgliedsnummer:

--	--	--	--	--	--	--	--

I. ANGABEN ZUR PERSON:

Titel: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum:

--	--	--	--	--	--	--	--

Anschrift: _____

Telefon: _____

Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verpartnert
☐ geschieden ☐ verwitwet

Tätigkeit: ☐ selbständig ☐ angestellt ☐ oder: _____

Steuerliche Identifikationsnummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Wir weisen darauf hin, dass wir gemäß § 22a EStG Rentenbezüge der Zentralen Zulagenstelle für Altersvermögen zu melden haben. Den Leistungsempfänger hat der Gesetzgeber verpflichtet, seine Identifikationsnummer mitzuteilen (§§ 22a Abs. 3 EStG).

II. ANGABEN ZUM RENTENBEGINN:

Ich beantrage die Altersrente – frühestens zum Ersten des auf den Antragseingang folgenden Monats - gemäß

- ☐ § 17 Abs. 2 frühestens vom vollendeten 60. Lebensjahr, bei Beginn der Mitgliedschaft nach dem 31. Dezember 2010 frühestens vom 62. Lebensjahr an.

Rentenbeginn zum: _____

Von den monatlichen Abschlägen für die vor das 65. Lebensjahr vorgezogene Altersrente habe ich Kenntnis.

- ☐ § 17 Abs. 2 abschlagsfrei mit Vollendung des 65. Lebensjahres

Rentenbeginn zum: _____

- ☐ § 17 Abs. 1 mit Erreichen meiner Regelaltersgrenze von _____ Jahren und _____ Monaten.
- ☐ Die Altersrente erhöht sich um einen Ledigenzuschlag gemäß § 17 Abs. 4, weil
- ☐ zu Beginn der Altersrente keine Anwartschaft auf Witwen- oder Witwerrente oder auf Rente als hinterbliebener Lebenspartner besteht und auch keine Person aus einer nichtehelichen Partnerschaft als bezugsberechtigt für eine Beitragsrückgewähr (Kapitalabfindung) bestimmt ist.
- ☐ zu Beginn der Altersrente keine Anwartschaft auf Witwen- oder Witwerrente oder auf Rente als hinterbliebener Lebenspartner besteht, jedoch ist eine Person aus einer nichtehelichen Partnerschaft als bezugsberechtigt für eine Beitragsrückgewähr (Kapitalabfindung) bestimmt.
- ☐ Ich beantrage einen Ledigenzuschlag gemäß § 17 Abs. 5 und verzichte auf die Anwartschaft auf Hinterbliebenenrente im Sinne von § 21 Nr. 1 und 2.

Das Einverständnis meines/r Ehegatten/in, meines/r Lebenspartners/in füge ich in öffentlich beglaubigter Form bei.

Den Nachweis unverfallbarer Anwartschaften auf Altersrente meines/r Ehegatten/in, meines/r Lebenspartners/in aus der gesetzlichen Rentenversicherung, einer berufsständischen Versorgungseinrichtung oder beamtenrechtlicher Versorgung füge ich bei/reiche ich nach.

III. ANGABEN ZUM KRANKENVERSICHERUNGSVERHÄLTNIS:

1. Sind Sie gesetzlich kranken- und pflegeversichert?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja:

Name und Anschrift Ihrer Kranken-/Pflegekasse:

Sozialversicherungsnummer:

--	--

--	--	--	--	--	--

--

--	--	--

Wir sind gemäß § 202 SGB V verpflichtet, das Krankenversicherungsverhältnis unserer Rentenbezieher zu ermitteln. Gemäß § 202 Satz 3 SGB V bzw. § 50 SGB XI haben Rentenempfänger Ihre Kranken-/Pflegekasse anzugeben und einen Kassenwechsel sowie die Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung anzuzeigen.

2. Besteht Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen?

☐ ja ☐ nein

3. Haben Sie Kinder?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja: Wie viele Kinder unter 25 Jahren? _____

Die Geburtsurkunde/n des Kindes / sämtlicher Kinder füge ich bei.

Wir weisen darauf hin, dass wir die Angaben zum Rentenbezug an Ihre gesetzliche Kranken-/Pflegekasse weitermelden müssen. Bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen ist vom Versorgungswerk der Beitragsabzug vorzunehmen!

IV. BERUFLICHE TÄTIGKEIT IM AUSLAND

- ☐ Ich war ausschließlich in Deutschland beruflich tätig und habe mich ausschließlich in Deutschland gewöhnlich aufgehalten.
- ☐ Ich habe Beiträge zu einem Versicherungsträger in einem Staat der EU, des EWR oder der Schweiz eingezahlt.
Mir ist bekannt, dass mein Antrag europaweite Wirkung entfaltet, Art. 50 Abs. 1 VO (EG) 883/2004, mit der Folge, dass in allen zu beteiligenden Mitgliedstaaten das Renteneinweisungsverfahren mit demselben Antragsverfahren eingeleitet wird.
- ☐ Ich schränke diese Wirkung ausdrücklich ein und beantrage, die Feststellung der nach den Rechtsvorschriften anderer Mitgliedsstaaten erworbenen Ansprüche auf Leistung bei Alter aufzuschieben.

Falls Sie die europaweite Wirkung nicht einschränken, sind auch Zeiten in einem Sondersystem für Beamte oder ihnen gleichgestellte Personen anzugeben.

Bitte geben Sie die entsprechenden Zeiten, den Versicherungsträger, den Staat sowie das dortige Aktenzeichen an.

Soweit zusätzlich zu den Auslandszeiten Zeiten in der gesetzlichen Rentenversicherung zurückgelegt wurden, bitten wir ebenfalls um Angabe.
Bitte nutzen Sie für Ihre Angaben ein gesondertes Blatt.

V. Der Bescheid soll

- ☐ an meine Privatanschrift (siehe I.)
☐ an _____

gesandt werden.

VI. Zahlungen sollen auf folgendes Girokonto überwiesen werden:

Kreditinstitut (Name)

BIC 8- bzw. 11-stellig

IBAN (in Deutschland 22-stellig)

Kontoinhaber: ☐ Antragsteller/in
oder
☐ _____

VII. VOLLMACHT:

In Kenntnis der Tatsache, dass der Anspruch auf Rente satzungsgemäß bis zum Ablauf des Monats, in dem ich sterbe, besteht, bevollmächtige ich hiermit das

Versorgungswerk der Rechtsanwälte in Berlin
Walter-Benjamin-Platz 6
10629 Berlin,

überzahlte Rentenbeträge von dem Konto zurückzurufen, auf das sie überwiesen worden sind.

Diese Vollmacht gilt auch über meinen Tod hinaus.

Die jeweilige kontoführende Stelle ist nicht verpflichtet, die Berechtigung zur Rückforderung zu prüfen. § 118 Abs. 3 bis 4a SGB VI gilt entsprechend.

VIII. Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass die vorstehende Erklärung einen Bestandteil meines Antrages bildet und ich die Fragen persönlich und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)